Yttrande över Regionrevisorernas årsrapport 2021 för Stockholms läns sjukvårdsområde

Ärendet

Revisorerna i revisorsgrupp II har vid sammanträde 2022-03-31 beslutat att överlämna årsrapport 2021 till nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde för möjlighet till yttrande senast 2022-08-31. I den årliga revisionen prövas om verksamheten har bedrivits på ett ändamålsenligt och ekonomiskt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Förvaltningens motivering och yttrande

Revisorerna har i särskild ordning granskat styrande dokument för Region Stockholms nämnder, utskott och beredningar med avseende på om dessa är tillräckligt tydliga när det gäller ansvar, uppgifter och befogenheter. För 2020 har fokus för denna granskning varit hanteringen av den pågående pandemin orsakad av covid-19.

Revisionen konstaterar att pandemin haft mindre påverkan på nämndens möjlighet att uppnå mål och uppdrag. Vårdproduktion har däremot påverkats i större utsträckning. Av de mål som gått att bedöma har målet En hållbar regional utveckling uppnåtts. Målet om Hållbar arbetsgivare har inte uppnåtts. Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

Nämndens interna styrning och kontroll av verksamheten har under året påverkats i viss utsträckning av den pågående coronapandemin.
SLSO redovisar sammantaget ett positivt resultat mot budget i enlighet med fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar samtidigt att produktionsmålen inte nås inom flera vårdgrenar. Liksom tidigare år står Hjälpmedel av det positiva resultatet. Revisionen bedömer att fortsatta åtgärder för att på längre sikt nå ekonomi i balans bör prioriteras under nästkommande år.

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt god redovisningssed och Region Stockholms anvisningar, samt bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.
Granskningen av räkenskaperna har visat att delar av posten förutbetalda projektmedel saknar extern förpliktelse. Det saknas dock en fullständig dokumentation till posten för att fullt ut kunna bedöma hur stort felet är. Revisionen bedömer att nämnden bör säkerställa att alla bidragsintäkter hanteras i enlighet med god redovisningssed.

Dokumentationen till respektive projekt omfattas av ett beslutsunderlag från hälso- och sjukvårdsförvaltningen (HSF) om att projektmedlen får användas över flera år. Under början av 2022 har SLSO tillsammans med HSF påbörjat ett arbete för att gå igenom alla projekt och tillse att extern förpliktelse finns för medlen. I de fall förpliktelse saknas kommer medlen att återbetalas till finansiären.

I rapporten redovisas i lista ett antal rekommendationer som enligt regionrevisorerna behöver åtgärdas. Förvaltningen delar i all väsentlighet revisorernas uppfattning och kommer att säkerställa att nödvändiga åtgärder vidtas samt återrapportera vidtagna åtgärder i rapporteringsverktyget stratsys/stödet.

Förslag till beslut
Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde föreslås besluta

att godkänna förvaltningens yttrande över regionrevisorernas årsrapport, samt

att överlämna yttrandet till revisorerna i revisorsgrupp II.

Karin Persson
Tf. sjukvårdsdirektör

Rikard Lindqvist
Tf. avdelningschef, Verksamhetsstöd Ekonomi

Regionrevisorerna

2022-03-31

Diarienummer
RK 2021-0027
SLSO 2022-1315

Stockholms läns sjukvårdsområde

ÅRSRAPPORT 2021
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2022-03-31 att överlämna rapporten till Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2022-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande
Digital signering

Snezana Krunic
Sekreterare
Digital signering

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Årsrapport 2021

Stockholms läns sjukvårds-område (SLSO)

Regionrevisorerna

2022-03-31

Diarienummer
RK 2021-0027

Stockholms läns sjukvårdsområde

ÅRSRAPPORT 2021
Stockholms läns sjukvårdsområde

Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade 2022-03-31 att överlämna rapporten till Stockholms läns sjukvårdsområde för kännedom och möjlighet till yttrande senast 2022-08-31.

Paragrafen förklarades omedelbart justerad.

Hans-Erik Salomonsson
Ordförande
Digital signering

Snezana Krunic
Sekreterare
Digital signering

Visma Addo ID-nummer : b1720716-6321-4ff3-85d0-ebcb882033d6

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Sammanfattning – Stockholms läns sjukvårdsområde

I den årliga revisionen prövas om verksamheten bedrivits på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om den interna styrningen och kontrollen varit tillräcklig samt om räkenskaperna är rättvisande.

Bedömning för år 2021

	Tillfredsställande	Inte helt tillfredsställande	Otillfredsställande
Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat	**X**		
	Tillräcklig	Inte helt tillräcklig	Otillräcklig
Intern styrning och kontroll	**X**		
	Rättvisande	Inte rättvisande	
Räkenskaper	**X**		

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämndens ekonomi har under året påverkats av den pågående coronapandemin. Det ekonomiska resultatet uppgår till 371 mnkr. Enligt beslut i fullmäktige ska coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall undantas vid avstämningen av resultatkravet. Dessa poster uppgår till 248 mnkr. Nämnden har även erhållit 145 mnkr i bidrag för täckning av merkostnader och intäktsbortfall till följd av pandemin.

Det ekonomiska resultatet justerat för ovannämnda poster uppgår till 474 mnkr, vilket är 249 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

Revisionen konstaterar att pandemin haft mindre påverkan på nämndens möjlighet att uppnå mål och uppdrag. Vårdproduktion har däremot påverkats i större utsträckning. Av de de mål som gått att bedöma har målet *En hållbar regional utveckling* uppnåtts. Målet om *Hållbar arbetsgivare* har inte uppnåtts. Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

Det ekonomiska och verksamhetsmässiga resultatet bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget som tillfredsställande.

Intern styrning och kontroll

Nämndens interna styrning och kontroll av verksamheten har under året påverkats i viss utsträckning av den pågående coronapandemin.

SLSO redovisar sammantaget ett positivt resultat mot budget i enlighet med fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar samtidigt att

produktionsmålen inte nås inom flera närsjukvårdsområden. Liksom tidigare år står verksamhetsområde Hjälpmedel för en stor del av intäkterna. Revisionen bedömer att fortsatta åtgärder för att på längre sikt nå ekonomi i balans bör prioriteras under nästkommande år.

Den interna styrningen och kontrollen bedöms, utifrån genomförd granskning, sammantaget vara tillräcklig.

Räkenskaper

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt god redovisningssed och regionens anvisningar, samt bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning.

Granskningen av räkenskaperna har visat att delar av posten förutbetalda projektmedel saknar extern förpliktelse. Det saknas dock en fullständig dokumentation till posten för att fullt ut kunna bedöma hur stort felet är. Revisionen bedömer att nämnden bör säkerställa att alla bidragsintäkter hanteras i enlighet med god redovisningssed.

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande.

Innehåll

1 Årlig granskning 4

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat 5
2.1 Ekonomiskt resultat 5
2.2 Verksamhetsmässigt resultat 7

3 Intern styrning och kontroll 12
3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning 13
3.2 Anskaffning och skydd av anläggningstillgångar 17
3.3 Inköp av hjälpmedel (varuinköp) 18
3.4 Ledningsnära kostnader och representation 19
3.5 Avrapporterade granskningar i delrapport 19
3.6 Granskningar utan väsentliga iakttagelser 20
3.7 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 21

4 Räkenskaper 22
4.1 Årsbokslut inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse) 22
4.2 Granskning utan väsentliga iakttagelser 23
4.3 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer 23

5 Nämndens yttrande över delrapport 2021 24

Bilaga 1 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till nämnden/styrelsen

Bilaga 2 Sammanställning och uppföljning av rekommendationer till ledningen

Bilaga 3 Bedömningsmål och bedömningskriterier

1 Årlig granskning

I den årliga revisionen prövas om verksamheten sköts på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt, om räkenskaperna är rättvisande samt om den interna styrningen och kontrollen är tillräcklig.

Nämnden ansvarar enligt reglementet för Region Stockholms verksamhet inom primärvård, psykiatrisk vård, barn- och ungdomspsykiatrisk vård, beroendevård, geriatrisk vård, avancerad sjukvård i hemmet, funktionshinder- och habiliteringsverksamhet inklusive tolkcentral, hjälpmedelsverksamhet och somatisk specialistvård genom särskilda avtal. SLSO ska ansvara för FoUU-verksamhet inom sina verksamhetsområden, inklusive utveckling inom folkhälsoområdet samt utföra andra uppdrag enligt särskilda beslut. Verksamheten ska omfatta den vård och de tjänster som har överenskommits med hälso- och sjukvårdsnämnden eller andra uppdragsgivare.

Från och med den 1 januari 2021 har en ny organisation införts inom SLSO, vilket innebär att SLSO delas in i två huvudansvarsnivåer, dels SLSO:s ledning, dvs. vårdgivarnivå, dels resultatenhetsledningar för tolv närsjukvårdsområden, dvs. operativ verksamhetsnivå. De senare består av Primärvård, Vuxenpsykiatri, Barn- och ungdomspsykiatri, Rättspsykiatri, Beroendevård, Närakuter, Geriatrik, ASiH, Akademiskt Specialistcentrum, Centrum för cancerrehab, Habilitering och Hjälpmedel. Forskning, utbildning och utveckling (FoUU) var tidigare ett verksamhetsområde, men är nu en del av verksamhetsstödet i den nya organisationen. Organisationsförändringens målsättning är att tydliggöra ansvar och roller, utveckla vårdprocesser samt minska dubbelarbete och därmed minska administrationen. Förändringen ska också underlätta tillvaratagande av erfarenheter från pandemiarbetet.

Revisionen har utförts enligt kommunallagen, regionens regler och anvisningar samt god revisionssed för kommunal verksamhet. Revisionen har utgått från revisionsplanen som fastställts av revisorsgrupperna och revisorskollegiet.

I granskningen har revisorerna biträtts av regionens revisionskontor. Granskningen har genomförts av granskningsansvarig Annika Eriksson m.fl. vid revisionskontoret och huvudansvarig revisor Anders Hägg m.fl. vid PwC.

Revisorernas granskningsuppdrag utförs dels i form av basgranskning som årligen genomförs på alla nämnder, dels genom fördjupad granskning av specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys.

Under hösten 2021 har revisorerna genomfört ett möte för dialog med presidiet för nämnden.

2 Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

I detta avsnitt görs en bedömning av om nämnden uppnått fullmäktiges resultatkrav och övriga ekonomiska samt verksamhetsmässiga mål. Bedömningen omfattar även om nämnden genomfört givna uppdrag samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

2.1 Ekonomiskt resultat

	Budget 2021	Bokslut 2021	Bokslut 2020
Resultaträkning (mnkr)			
Verksamhetens intäkter	12 928	13 403	12 858
Verksamhetens kostnader inkl. avskrivningar och finansnetto	- 12 703	-13 032	-12 629
- varav omställningskostnader	*0*	*-4*	*-29*
Årets resultat	**225**	**371**	**229**
Coronarelaterade merkostnader och intäktsbortfall	-	248	173
Erhållet bidrag för täckning av merkostnader	-	- 145	- 146
Justerat resultat	**225**	**474**	**256**
Balansomslutning (mnkr)	2 958	2 865	2717
Årsarbetare (antal)	11 725	11 596	11 633

2.1.1 Resultat 2021

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till 371 mnkr. Enligt beslut i fullmäktige[1] undantas nämndens merkostnader och minskade intäkter till följd av coronapandemin vid avstämningen mot resultatkravet. Nämndens merkostnader och minskade intäkter på grund av covid uppgår till 248 mnkr, varav 145 mnkr avser merkostnader och 103 avser minskade intäkter. Nämnden har under 2021 erhållit 145 mnkr i bidrag för täckning av merkostnader med anledning av pandemin.

Nämnden har inte erhållit någon kompensation/ersättning för det coronarelaterade intäktsbortfall. Enligt regionledningskontorets anvisningar för inrapportering av merkostnader och intäktsbortfall ska samtliga poster kopplade till covid-19 specificeras, eftersom de ska beaktas vid bedömningen av nämnders och bolags resultatkrav. Efter uppmaning från

[1] RS 2021–0124

regionledningskontoret har nämnden inte redovisat sina coronarelaterade intäktsminskningar (103 mnkr) i bilaga till verksamhetsberättelsen. Nämnden har inte heller tagit med intäktsminskningarna i sin jämförelse mot fullmäktiges resultatkrav. Intäktsbortfallet framgår dock i nämndens beskrivningar av utfallet i verksamhetsberättelsen.

Nämndens ekonomiska resultat uppgår till 474 mnkr justerat för coronarelaterade merkostnader, intäktsbortfall och erhållna statsbidrag. Detta är 249 mnkr högre än fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

2.1.2 Jämförelse med budget 2021

Verksamhetens intäkter uppgår till 13 403 mnkr, vilket är 474 mnkr (3,7 procent) högre än budgeterat. Under 2021 har SLSO erhållit 198 mnkr i bidrag, där merparten utgörs av statlig ersättning för kostnader med anledning av coronapandemin (145 mnkr) och ersättning för sjuklönekostnader från Försäkringskassan (27 mnkr) som inte var budgeterat. Lägre intäkter för patientavgifter och sålda primärtjänster främst inom husläkarverksamhet, primärvårdsrehabilitering, samt geriatrikens slutenvård redovisar sammantaget ett utfall som är lägre än budget (67 mnkr). Försäljning av övriga tjänster översteg budget (169 mnkr), vilket till stor del förklaras av medicinska andningshjälpmedel och förbrukningshjälpmedel, covidrelaterad ersättning för patientens egen provtagning ersättning för samordningsuppdrag kopplat till covid-19 och vaccinering. Övriga intäkter avviker positivt (174 mnkr), vilket förklaras med försäljning av anläggningstillgångar till fastighets- och servicenämnden, obudgeterade intäkter från hälso- och sjukvårdsnämnden, projekt och obudgeterade uppdrag.

Verksamhetens kostnader exklusive avskrivningar uppgår till 12 858 mnkr, vilket är 355 mnkr (2,8 procent) högre än budgeterat. Största delen av budgetavvikelsen gäller högre personalkostnader, som inklusive inhyrd personal avviker mot budget (148 mnkr). Materialkostnader är högre än budgeterat (89 mnkr), vilket beror på ökade kostnader för hjälpmedel till funktionsnedsatta och förbrukningshjälpmedel i hemmet. Kostnaderna är även högre för Lokal- och fastighetskostnader samt Övriga kostnader (137 mnkr), vilket till stor del utgörs av restvärde för inventarier som sålts till fastighets- och servicenämnden. Kostnaderna för köpta primära sjukvårdstjänster, köpta verksamhetsknutna tjänster och läkemedel är lägre än beräknat (20 mnkr) och förklaras främst med pandemin vilket lett till färre besök, främst inom husläkarverksamheten och primärvårdsrehabilitering.

Årets avskrivningar uppgår till 174 mnkr, vilket är 26 mnkr (15,7 procent) lägre än budget, vilket i huvudsak förklaras av att SLSO under 2021 sålt it-utrustning till fastighets- och servicenämnden till följd av verksamhetsövergång (se avsnitt 2.2.1. Omställningskostnader under 2021 uppgick till 4 mnkr. Av dessa var personalkostnader 1 mnkr och hyror 3 mnkr.

Av verksamhetsberättelsen framgår att endast ett närsjukvårdsområde, Geriatrik/ASiH, redovisar underskott för 2021. Övriga redovisar ett överskott mot budget för 2021. Inom primärvården och psykiatrin finns dock resultatenheter som redovisar underskott. Resultatet påverkas, liksom tidigare, i hög grad av det positiva resultatet inom Hjälpmedel.

Avvikelser i förhållande till budget har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredställande sätt i nämndens verksamhetsberättelse.

2.1.3 Investeringar

Årets investeringar uppgår till 154 mnkr, att jämföras med fullmäktiges budget på 235,6 mnkr. Budgetavvikelsen beror i huvudsak på att budgeten för it-investeringar, 52 mnkr, överfördes till fastighets- och servicenämnden i april. Dessutom har investeringar i förhyrda lokaler blivit lägre än budgeterat. Det förklaras med att hyresvärdarna valt att själv genomföra ombyggnation och renovering, vilket innebär att finansieringen sker genom en tilläggshyra. Avvikelser gällande lägre investeringar för hjälpmedel förklaras med det pågående arbetet med aktiv lagerhållning. Uppdaterade lager och uppföljning av returer från brukare gör att det finns fler hjälpmedel att återanvända, och därmed mindre behov av nya investeringar. SLSO har inga investeringsobjekt över 100 mnkr under 2021. SLSO har inga strategiska investeringar under 2021.

2.1.4 Bedömning av ekonomiskt resultat

Revisionen bedömer att fullmäktiges mål om ekonomi i balans har uppnåtts i och med att det justerade resultatet överstiger resultatkravet. Revisionen konstaterar att fullmäktiges mål om en ekonomi i balans därmed uppnåtts.

2.2 Verksamhetsmässigt resultat

2.2.1 Måluppfyllelse

Regionledningskontoret har i anvisningar för verksamhetsberättelsen angett att indikatorer som inte går att mäta på grund av coronapandemin inte ska ingå i målbedömningen, men att nämnden ska redogöra för samtliga mål och indikatorer i sin verksamhetsberättelse.

För de fullmäktigemål som går att mäta har målen uppnåtts för två av tre mål. Målet anses uppfyllt om mer än hälften av indikatorerna nått sina målvärden. Fullmäktiges mål för SLSO är:

- Långsiktig ekonomisk uthållighet
- En hållbar regional utveckling
- Hållbar arbetsgivare

De mål som uppnås i sin helhet är *Långsiktig ekonomisk uthållighet*[2] och *En hållbar regional utveckling*[3]. Målet *Hållbar arbetsgivare* uppnås inte.

Hållbar arbetsgivare

Den pågående pandemin har påverkat måluppfyllelsen i synnerhet när det gäller fullmäktiges mål *Hållbar arbetsgivare,* bl. a. till följd av att aktiviteter inom personalområdet delvis behövt pausas under pandemin.

Målet en *Hållbar arbetsgivare* består av delmålen *Attraktiv arbetsgivare* och *Systematisk kompetensförsörjning*. Nedan beskrivs de två delmålen och utfallet av dessa mer ingående.

Attraktiv arbetsgivare

Det finns åtta indikatorer för fullmäktiges mål *Attraktiv arbetsgivare.* Hälften av dessa indikatorer uppnår inte önskat målvärde. SLSO förklarar utfallet med att pandemin inneburit utmaningar såsom förändrade arbetsuppgifter och arbetssätt, vilket kan ha bidragit till exempelvis lägre motivation.

Fullmäktiges indikatorer *Andelen sjukfrånvaro i relation till ordinarie arbetstid* och *Andel av medarbetare som utsätts för hot och/eller våld i samband med sitt arbete* uppnår inte heller respektive målvärde (en minskning till föregående år) där revisionen genomfört en översiktlig granskning – se vidare avsnitt 3.7.

För indikatorn *Andel av medarbetare som utsätts för kränkande särbehandling som har samband med arbetet* redovisas inget resultat eftersom det inte finns någon jämförelse med föregående år (målvärdet är att minska från föregående år).

SLSO:s egen nämndindikator *Kvarstannandegrad* uppnås med ett utfall på 87 procent i förhållande till målvärdet om *mer än 85 procent*.

Systematisk kompetensförsörjning

Nämndens övergripande kompetensförsörjningsplan finns tillgänglig via intranätet.

Det finns sex indikatorer för fullmäktiges delmål om *Systematisk kompetensförsörjning*. Indikatorn *Personalomsättning mindre än 10 procent* uppnås inte, SLSO redovisar ett utfall på 15,8[4]. SLSO uppger att utfallet inkluderar

---

[2] Delmål: Ett resultat i balans, Självfinansiering av drift och ersättningsinvesteringar, Hållbar investeringsutveckling

[3] Delmål: En hälso- och sjukvård av god kvalitet, Uppnå strukturerad styrning av Region Stockholms verksamheter, Social hållbarhet, Region Stockholms klimatpåverkan ska minska, Region Stockholms miljöpåverkan ska minska, Samhällsviktiga funktioner upprätthålls vid extraordinära händelser och klimatförändringar, Kärnverksamheten ska prioriteras, Hög innovations- och digitaliseringsgrad

[4] SLSO uppger att personalstatistiken i huvudsak bygger på Heroma (Region Stockholms IT-stöd för personal- och lön).

tidsbegränsade anställningar och att utfallet skulle bli cirka 9,5 procent om de exkluderas ur statistiken och i så fall skulle indikatorn vara uppnådd.

Indikatorn *Antalet sjuksköterskor som utbildat sig till specialistsjuksköterska eller barnmorska med bibehållen lön* uppnås inte. Målvärdet att öka antalet jämfört med föregående år, vilket för SLSO innebär mer än 48 platser, uppnås inte med ett utfall för 2021 på 38 st. Utfallet uppges bero på att ett av de lärosäten som SLSO samarbetar med för vidareutbildning enbart har antagning vartannat år.

Indikatorerna *Andel inhyrd personal* och *Andel verksamheter som har mer än 2 procent inhyrd personal* uppnås inte. SLSO uppger att andelen inhyrd vårdpersonal uppgick till 3,4 procent där psykiatri och somatisk specialistvård har störst andel inhyrning.

SLSO beskriver i verksamhetsberättelsen att det generellt sett inom SLSO råder brist på sjuksköterskor och läkare vilket medfört att behovet av att anlita hyrpersonal varit stor under året. SLSO beskriver att åtgärder för att minska behovet av inhyrning pågår, bland annat mot bakgrund av att inhyrning kan medföra negativa konsekvenser för patienter och för personalens arbetsmiljö

Avslutningsvis kan sägas att indikatorerna för *Tillsatta AT-block*[5] respektive *ST-block* (vilka ingår i det beskrivna delmålet) uppnås.

Måluppfyllelsen har i huvudsak analyserats och kommenterats på ett tillfredsställande sätt i verksamhetsberättelsen, med hjälp av kompletterande texter i anslutning till indikatorerna.

2.2.1 Uppdrag från fullmäktige.

SLSO har haft två uppdrag från regionfullmäktige: *Sänka de administrativa kostnaderna med tio procent under 2021* och *Kostnadssänkande åtgärder beaktat lärdomar av nya arbetssätt under pandemin*.

Revisionen har under året särskilt granskat fullmäktiges uppdrag att sänka de administrativa kostnaderna med tio procent. Nämnden prognostiserade i sin delårsrapport att uppdraget till stor del skulle vara genomfört vid årets slut. I verksamhetsberättelsen beskrivs ett pågående arbete med att effektivisera kärnuppdraget bland annat med hjälp av implementering av diarie- och dokumenthanteringssystemet Edit/Platina. SLSO beskriver att arbetet med att utveckla intranätet, minska konsultkostnader och lokalkostnader ligger i linje med detta. Det uppges vidare att uppdraget trots beskrivna ansträngningar inte nås. SLSO beskriver att administrativa kostnader minskades under 2020 och att man upplever svårigheter med att minska kostnader ytterligare. SLSO uppger vidare att överföringen av administration till serviceförvaltningen ännu inte inneburit någon väsentligt sänkning av kostnaderna för SLSO:s del. Avslutningsvis uppger SLSO att pandemin inneburit svårigheter att

[5] Enligt reglerna ska utbildningen genomföras under handledning på ett så kallat blockförordnande, en tidsbegränsad sammanhållen anställning som omfattar en på förhand beslutad tid.

genomföra förändringar som långsiktigt kan minska de administrativa kostnaderna. Uppdraget gällde för verksamhetsår 2021 och avslutades i och med årsskiftet.

Administrationens andel av kostnaderna för 2021 uppgick till 1,53 procent vilket är en minskning från 2020 års utfall på 1,60 procent.

Uppdraget om *Kostnadssänkande åtgärder beaktat lärdomar av nya arbetssätt under pandemin* har genomförts och avslutats vilket överensstämmer med nämndens prognos vid delåret. SLSO beskriver att det framförallt är digitala arbetssätt, med t.ex. interna digitala möten och digitala vårdkontakter, som ökat markant under 2021.

2.2.2 Produktion/produktivitet

SLSO beräknar produktivitet enligt indikatorerna produktion/kostnad och produktion/arbetad timma. SLSO uppger att produktiviteten avseende produktion/kostnad ökat med 1,6 procent jämfört med 2020 och med 0,9 procent för produktion/arbetad timma. En högre produktionsutveckling jämfört med föregående år sett till produktion/kostnad avspeglar sig i nästan samtliga närsjukvårdsområden. ASiH redovisar ett utfall med 1,6 procent, psykiatri 2,2 procent, primärvård 0,1 procent, somatisk specialistvård 5,4 procent och habilitering 4,8 procent. Geriatriken redovisar en produktionsutveckling på -0,5 procent.

Vårdproduktion

Vårdproduktionen, antal vårdtillfällen i förhållande till budget, avviker negativt mot budget för merparten av SLSO:s närsjukvårdsområden. Liksom under föregående år förklaras utfallet med konskevenser av pandemin vilket exempelvis medfört ett minskat antal patientbesök för flera verksamheter samt tidvis stängda eller tomma vårdplatser inom bl. a. geriatriken. En annan förklaring till utebliven produktion är sjukfrånvaro bland de egna medarbetarna. Jämfört med 2020 har dock produktionen i huvudsak ökat för samtliga närsjukvårdsområden och avviker procentuellt mindre mot budget.

De digitala besöken och användningen av Alltid öppet[6] har ökat kraftigt även under 2021. SLSO uppger att drygt 374 000 digitala vårdkontakter genomförts i appen och i likhet med 2020 avser de i huvudsak öppenvårdsbesök.

Nedan följer en sammanfattning över utfallet av vårdproduktion för respektive närsjukvårdsområde.

Geriatrik

Utfallet för öppen- och slutenvård var 12 procent respektive 18 procent lägre än budget vilket i huvudsak förklaras av att geriatriken tidvis behövt stänga vårdplatser, bland annat på grund av sjukfrånvaro bland medarbetare. SLSO

[6] SLSO beskriver appen Alltid öppet som en ”Patientapp och lösning för digitala vårdkontakter mellan patienter och SLSO:s vårdverksamheter”

uppger vidare att medelvårdtiden är längre för covid-patienter jämfört med andra patientgrupper, samt att det på grund av pandemin periodvis under året varit lägre förväntat remissinflöde vilket lett till tomma vårdplatser. Antal läkarbesök i SÄBO[7] ligger 14 procent under budget.

SLSO uppger vidare att utfallet för 2021 som helhet är starkt påverkat av pandemin, där antalet listade patienter inte kom upp i förväntad nivå förrän efter några månader vilket påverkat besöksutfallet negativt.

Psykiatri

Utfallet för såväl den psykiatriska öppen- som slutenvården är 1 procent lägre än budget för respektive område. Distanskontakter har använts både för enskilda och för gruppbesök, vilket påverkat antalet besök positivt. För den psykiatriska heldygnsvården som helhet beskrivs att det finns variationer mellan de olika verksamheterna där vissa, t.ex. barn- och ungdomspsykiatrin avviker positivt med 18 procent jämfört med budget, medan beroendevården avviker negativt med 9 procent jämfört med budget.

Primärvård

SLSO beskriver att budget och förväntade produktionssiffror för 2021 planerades utifrån ett normalläge, men att pandemin påverkat vårdproduktionen negativt. Utfallet för primärvården är cirka 12 procent lägre än budget. Samtliga verksamheter, förutom sjuksköterskebesök i hemsjukvård, redovisar ett negativt resultat sett till vårdproduktion. Läkarbesöken på husläkarmottagningar och husläkarjourer redovisar ett utfall på 19 procent under budget. För besök inom mödravården är utfallet 5 procent under budget. För kategorin Övriga besök där bl.a. besök till logoped för barn- och ungdom, medicinsk fotvård samt psykosociala besök för barn- och unga ingår, avviker med 18 procent jämfört med budget.

Somatisk specialistvård

Antal läkarbesök inom somatisk specialistvård har ett utfall på 5 procent lägre än budget. Avvikelsen förklaras bland annat av effekter av pandemin, såsom att färre patienter sökt sig till SLSO:s närakuter[8]. Kategorin *Övriga besök* (Barn- och ungdomsmottagningar, Centrum för arbets- och miljömedicin samt gynmottagningar) avviker negativt med 8 procent jämfört med budget.

Habilitering och hälsa

Vårdproduktionen för *Habilitering och hälsa* avviker positivt med 1 procent jämfört med budget. Ett stort antal digitala besök har haft en positiv inverkan på det totala utfallet. SLSO uppger att de fysiska besöken utfallit cirka 30

[7] Särskilt boende för äldre
[8] SLSO driver sex närakuter inom regionen: Haga, Danderyd, Handen, Huddinge, Järva och Rosenlund.

procent lägre än förväntat men att digitala besök blivit 80 procent fler än förväntat.

ASiH

Produktion av vårddygn inom ASiH[9] har ett något högre utfall än budget, cirka 0,5 procent. Det förklaras med fler inskrivna samt att SLSO sedan 2020 beskriver att man har en effektivare inskrivning i team[10]. Produktionen av vårddygn palliativ vård avviker negativt med 6 procent vilket bland annat förklaras av färre remisser.

Vårdplatser

Tillgången till antalet vårdplatser för geriatrik respektive psykiatri utfaller lägre än budget. För geriatriken är utfallet 149 platser jämfört med budgeterade 180. För psykiatrin är utfallet vid avstämningen 965 vårdplatser jämfört med budgeterade 996. För geriatriken uppges att pandemin är en starkt bidragande orsak eftersom verksamheterna bland annat varit tvungna att stänga vårdplatser mot bakgrund av t.ex. sjukfrånvaro bland medarbetare.

2.2.3 Bedömning av verksamhetsmässigt resultat

Revisionen bedömer att det verksamhetsmässiga resultatet i huvudsak har uppnåtts. Revisionen konstaterar att pandemin har haft viss påverkan på nämndens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultatet liksom möjligheterna att genomföra planerade åtgärder. De flesta indikatorerna, och i förlängningen även målen, har gått att mäta.

Vårdproduktion har däremot påverkats i större utsträckning av coronapandemin. Produktionsmålen nås inte inom 5 av 7 områden för vårdproduktion.

Revisionen konstaterar att nämnden har ett positivt ekonomiskt resultat i förhållande till resultatkravet, justerat för coronaeffekter. Detta trots att produktionsmålen inte nås inom flera närsjukvårdsområden. För att nå en ekonomi i balans och en anpassad kostnadsökningstakt på sikt bedömer revisionen att nämnden behöver vidta mer långsiktiga åtgärder.

3 Intern styrning och kontroll

I detta avsnitt görs en bedömning av hur nämnden tar ansvar för att det finns en intern styrning och kontroll som leder till måluppfyllelse och regelefterlevnad. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

[9] Avancerad sjukvård i hemmet
[10] SLSO beskriver team enligt följande: Den avancerade sjukvården i hemmet utförs av team, där sjuksköterskor, läkare, arbetsterapeuter, sjukgymnaster och kuratorer samverkar.

3.1 Ekonomi- och verksamhetsstyrning

3.1.1 Ekonomistyrning

Nämnden har i delrapporten för 2021 prognostiserat årets resultat till 213 mnkr, exklusive coronarelaterade nettomerkostnaderna och intäktsbortfall. Resultatet för helåret justerat för ovannämnda poster blev 55 mnkr högre än prognosen i delårsrapporten.

SLSO:s resultatkrav fastställdes till 225 mnkr för 2021, vilket är en höjning med 5 mnkr jämfört med 2020 och del av en kontinuerlig höjning av resultatkravet som inleddes 2019. Syftet är att SLSO ska ha konkurrensneutrala villkor i förhållande till andra aktörer och att verksamheten ska bedrivas affärsmässigt. I samband med detta inledde nämnden ett arbete med att stärka olika verksamheters ekonomiska bärkraft. Tidigare har SLSO:s ekonomi till stor del vilat på en verksamhet, Hjälpmedel. Ett arbete påbörjades med att idenitifiera verksamheter/uppdrag som inte är bärkraftiga och att åtgärda dessa. Innan pandemiutbrottet visade detta arbete positivt resultat, men under pandemin har det till stora delar varit vilande.

Under 2021 har arbetet med åtgärder för att identifiera verksamheter och uppdrag som inte är ekonomiskt bärkraftiga till viss del kunnat återupptas. Pandemins påverkan tillsammans med vaccinationsuppdraget har gjort det svårt att genomföra praktiska förändringar, i synnerhet för primärvården. Arbetet med att förbättra metoderna för att identifiera och analysera om uppdrag och verksamheter är ekonomiskt bärkraftiga har dock kunnat fortsätta.

SLSO har även följt upp indikatorer i samband med uppföljningen av tertial- och delårsuppföljningen, samt i samband med verksamhetsberättelsen. Uppföljningen visar att 52 procent av resultatenheterna har haft en positiv produktivitetsutveckling, vilket avviker från målvärdet på 70 procent. I delårsrapporten var siffran 36 procent, vilket visar att värdet ökat under slutet av året. Lägst andel återfinns inom primärvården, där 47 procent av resultatenheterna uppnår en positiv produktivitet.

Revisionen konstaterar att nämnden har ett positivt ekonomiskt resultat. Det positiva resultatet förklaras framförallt av de covidrelaterade ersättningar och uppdrag nämnden fått under 2021. Samtidigt nås inte produktionsmålen inom flera närsjukvårdsområden

Revisionen har i granskningen tagit del av protokoll och tillhörande underlag från de nämndmöten som har hållits under året och noterar att genomgång av månads-, tertial- eller delårsrapporter är en återkommande punkt som behandlas vid varje nämndmöte. I rapporterna redovisas utfall för vårdproduktion inom respektive verksamhetsområde, och ekonomi på totalnivå. Liksom under 2020 har månadsrapporterna under 2021 kompletterats med ett avsnitt om effekt på utfall och prognos till följd av covid-19 . Sjukvårdsdirektör och ekonomidirektör har informerat om ekonomi och verksamhet vid

samtliga nämndsammanträden. Liksom under 2020 har sammanträdena 2021 i huvudsak varit digitala.

Den nya organisation som genomfördes i januari 2021 har inte inneburit någon förändring i arbetssätt när det gäller ekonomisk uppföljning. Liksom tidigare följer SLSO:s ledning månatligen upp ekonomi, produktion, tillgänglighet och sjukfrånvaro via resultatenheter vilket aggregeras på närsjukvårdsområdesnivå. SLSO samlar och sammanställer uppgifterna och rapporterar sedan till regionledningskontoret.

Till skillnad från 2020 har SLSO kunnat genomföra samtliga planerade upphandlingar. Totalt slutfördes 24 lokala upphandlingar och dessutom 2 lokalt samordnade upphandlingar, till ett värde av drygt 1 mdkr. Upphandlingarna fördelades inom följande kategorier: Hjälpmedel (900 mnkr), Vård- och tandvårdsrelaterade tjänster (180 mnkr), Facility Management (34 mnkr), Övergripande material och tjänster (17 mnkr), it (10 mnkr) och Medicinteknik (1 mnkr). Som ett led i regionledningskontorets arbete med kategoriindelning har SLSO fått ansvar för kategorierna personbilar och Fleet management.

Varje resultatenhet upprättar och redovisar regelbundet prognoser över årets ekonomiska utfall. Om prognosen visar att ekonomin inte är i balans inhämtar förvaltningsledningen åtgärdsplaner från aktuell enhet. Åtgärdsplanerna utgör ett verktyg i förvaltningens ekonomistyrning och återrapporteras inte separat till SLSO:s nämnd.

Som ett led i arbetet med att skapa kostnadsmedvetande inom organisationen har ett särskilt projekt genomförts för att ta fram ett arbetssätt som förväntas öka möjligheten att analysera och förbättra prognoserna. Tidigare har prognoserna varit månadsvisa, men under 2022 kommer SLSO att minska antalet för att istället förbättra ekonomiska analyser och verksamhetsanalyser i anslutning till tertial, delårs- och årsuppföljning.

3.1.2 Plan för internkontroll

Revisionen har granskat SLSO:s ”Plan för internkontroll 2021, årsuppföljning” inklusive bilagor med sammanställning av risker och kontroll, risker och åtgärder samt fördjupad sammanställning av risker. Internkontrollplanen för 2021 antogs av nämnden vid nämndsammanträdet den 17 december 2020.

Rapportering av den interna kontrollen sker till SLSO:s ledningsgrupp i samband med tertial, delårs- och årsuppföljning. SLSO uppger att respektive resultatenhet följts upp regelbundet i dialog mellan sjukvårdsdirektör och respektive närsjukvårdsområdes ledning. Sjukvårdsdirektören är ansvarig för den interna kontrollen inom SLSO och rapporterar regelbundet till nämnden utifrån fastställda rutiner.

SLSO följer Region Stockholms policy för intern kontroll. Intern kontroll inom Region Stockholm är en tillämpning av COSO-modellen, vilken SLSO har använt sig av för att ta fram internkontrollplan 2021.

Förutom regionens styr- och ledningsprocess har SLSO förtydligat denna process ytterligare genom att SLSO har certifierat sig för kvalitet ISO 9001, arbetsmiljö ISO 45001 och miljö ISO 14001. Ledningssystemet följer ”Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete” (SOSFS 2011:9) och Arbetsmiljöverkets föreskrift ”Systematiskt arbetsmiljöarbete”(AFS 2001:01).

Liksom under 2020 har pandemin medfört att arbetet med internkontroll och möjligheter till kontroll och uppföljning varierat under året, även om SLSO uppger att förutsättningarna förbättrats. Under 2021 genomfördes planerade kontroller. SLSO genomförde en internrevision under 2020 som även täcker 2021. Internrevisionen, som i första hand hade fokus på certifieringar, sträckte sig mellan december 2020 och mars 2021. Revisionen genomfördes digitalt.

3.1.3 Riskarbete

Av SLSO:s årsuppföljning av internkontrollplanen framgår att SLSO ser ett ökat antal risker, framför allt inom ekonomi och styrning. SLSO har sedan tidigare år ett pågående arbete med att säkerställa ekonomisk bärkraft i olika närsjukvårdsområden som under pandemin delvis fått stå tillbaka. Detta arbete har till viss del har kunnat återupptas under 2021.

SLSO arbetar kontinuerligt med att samordna intern kontroll, verksamhetsplan och ledningssystem och styrdokument. Rapportering i Stödet har underlättat arbetet. Det gäller även införandet av det för regionen gemensamma rapporteringssystemet Platina i ärendehanteringen, inte minst arbetet med att ensa dokument. SLSO uppger att även införandet av Platina bidragit till förbättringar i rapportering och uppföljning.

Under pandemin har det skett en ökning av digitaliserade arbetssätt och en snabb utveckling av digitala miljöer inom såväl förvaltningsinternt arbete som digitala vårdkontakter. SLSO ser möjligheter men också risker med förändringen, och har under 2021 bedrivit ett arbete med att kartlägga vilka miljöer som lämpar sig för digitalisering. SLSO har under 2021 haft samordningsansvar för it och digitalisering gällande Region Stockholms vårdproduktion, men detta har från årsskiftet flyttats över till regionstyrelsen.

SLSO ser också risker inom personal- och kompetensförsörjning, informationssäkerhet och tillgänglighet. Påbörjade åtgärder inom kompetensförsörjning, som införandet av en övergripande strategi- och kompetensplan, har kunnat återupptas under året. Brister i informationssäkerheten har till vissa delar kunnat åtgärdas. Däremot kvarstår arbetet med utformningen av en informationssäkerhetsorganisation i syfte att bygga upp lokala stöd- och resurspersoner i enlighet med Region Stockholms ”Handlingsplan för

informationssäkerhet". Varje närsjukvårdsområde och alla verksamhetsstöd ska ha en informationssäkerhetskoordinator, och alla resultatenheter ska ha ett informationssäkerhetsombud. SLSO påbörjade utformningen av ovan nämnda organisation under 2020 och utsåg bl.a. koordinatorer för två verksamhetsområden. SLSO uppger att pandemin i kombination med personalbrist lett till att arbetet med att starta organisationen pausats under 2021, men kommer att återupptas i mars 2022.

Covid-19 behandlades som en särskild risk under 2020, men från och med 2021 ingår den i den övergripande risken "hantera verksamhet under extraordinära händelser".

3.1.4 Avtal

Hälso- och sjukvårdsverksamheten inom SLSO baseras på avtal som skrivs med hälso- och sjukvårdsnämnden. Avtalshanteringen utgår från en indelning där resultatenheterna fungerar som avtalsområden. Vart och ett av dessa har sina egna rutiner och förutsättningar för avtalshantering, bl.a. förekommer både vårdval och direktavtal. Ett avtalsområde kan dessutom innehålla flera olika avtal. Inom närsjukvårdsområde *Hjälpmedel* finns t. ex fyra typer av avtal, och vart och ett av dessa sluts mellan respektive resultatenhet och hälso- och sjukvårdsnämnden. I vissa fall är avtalshanteringen ett samarbete mellan flera nivåer i organisationen. Ett exempel är SLSO:s arbete med miljöhänsyn i avtal, som innebär ett samarbete mellan nämndens miljöstrateg och nämndens upphandlingschef. Det operativa ansvaret ligger hos verksamhetschefer och miljösamordnare. Miljösamordnare har det övergripande ansvaret för SLSO:s miljöarbete medan nämndens upphandlingschef har det övergripande ansvaret för upphandlingar. Revisionen avser att följa SLSO:s avtalshantering närmare under kommande år.

3.1.5 Antikorruption

SLSO:s arbete mot korruption, oegentligheter och jäv följer Region Stockholms riktlinjer. Detta bl.a. i form av regelbunden rapportering av eventuella bisysslor i Heroma och SLSO:s visselblåsarfunktion. Information om visselblåsarfunktionen finns på intranätet där en arbetsgrupp utreder inkomna ärenden. Varje år rapporteras en sammanställning av dessa till förvaltningens ledningsgrupp och till nämnden.På intranätet finns också vägledning i rapportering av misstänkta oegentligheter, och samma information förmedlas via Platina.

För att minska risken för korruption och jäv i upphandlingar publicerar SLSO information om risker och hur de kan förebyggas på intranätet, samt web-utbildningar om jävshantering, bl.a. i samband med upphandling.

3.1.6 Bedömning av ekonomi- och verksamhetsstyrning

Revisionen bedömer att nämnden på övergripande nivå kontinuerligt följer upp ekonomi och verksamhet. SLSO har ett i allt väsentligt tillfredsställande prognosarbete.

SLSO redovisar sammantaget ett positivt resultat mot budget i enlighet med fullmäktiges resultatkrav. Revisionen konstaterar samtidigt att produktionsmålen inte nås inom flera närsjukvårdsområden. Liksom tidigare år står verksamhetsområde Hjälpmedel för en stor del av intäkterna. Nämndens arbete med att säkerställa ekonomisk bärkraft i olika närsjukvårdsområden har fått stå tillbaka under pandemin, men har till viss del kunnat återupptas under 2021. Revisionen bedömer att fortsatta åtgärder för att på längre sikt nå ekonomi i balans bör prioriteras under nästkommande år.

Revisionen ser därför anledning att särskilt uppmärksamma de fortsatta åtgärderna för att nå ekonomi i balans.

Revisionen bedömer att arbetet med att identifiera och värdera risker i internkontrollplanen och olika uppföljningsinsatser till stor del återigen har kunnat genomföras, trots viss påverkan av pandemin. Visst utvecklingsarbete har dock inte kunnat genomföras som planerat.

Revisionen konstaterar att pandemin har haft mindre effekt på nämndens möjlighet att uppnå det verksamhetsmässiga resultat. Totalt har 22 indikatorer som mäter fullmäktiges mål uppnått målvärdet medan 12 inte har gjort det. Fem indikatorer har inte kunnat mätas eller är ej tillämpliga och har exkluderats från revisionens bedömning av måluppfyllelsen i enlighet med regionledningskontorets anvisningar. Det verksamhetsmässiga resultatet har i huvudsak uppnåtts.

3.2 Anskaffning och skydd av anläggningstillgångar

Revisionen har granskat SLSO:s rutiner för hantering av anläggningstillgångar och omsättningstillgångar, samt hantering av varulager inom hjälpmedelsverksamheten. Även rutiner för årlig inventering av anläggningstillgångar har granskats, liksom instruktioner för inventering.

Rutinen för hantering av anläggningstillgångar, inklusive klassificering, är oförändrad mot föregående år. Även rutinen för hantering av varulager inom hjälpmedelsverksamheten är densamma. Avstämning av lagervärde sker löpande månadsvis mellan lagerhändelser i Sesam[11] och bokföringshändelser i Raindance[12]. Lagervärdet uppdateras varje månad för månaden innan. Revisionen har stämt av att tillgångarnas värde stämmer med lagerredovisningen, och underlag för justering av lagervärde. Avstämningen har inte visat på några väsentliga avvikelser.

Revisionen har tagit del av rutin och instruktioner för inventering av anläggningstillgångar. Av instruktionen framgår att ifyllda inventeringsrapporter undertecknade av respektive resultatenhetschef skulle vara Redovisningsservice tillhanda senast den 20 december 2021. Vid revisionens avstämning saknades dock inventeringsrapporter för 71 av 688 enheter. Av

[11] Beställningssystem för läkemedelsnära produkter
[12] Ekonomisystem för bl.a. inköp

inventeringslistan framgår att påminnelse skickats till 55 av dem som inte bifogat underlag. Det finns med andra ord en viss osäkerhet i tillgångarnas värdering.

Bedömning:

Det finns rutiner för granskad process och rutiner för årlig inventering. En fullständig inventering har gjorts avseende hjälpmedel och avstämning har gjorts av lagerredovisning. Revisionen noterar dock, i likhet med föregående år, att det finns brister i efterlevnad av befintliga rutiner för årlig inventering av övriga anläggningstillgångar och bedömer att följsamheten behöver stärkas.

Rekommendation:

- Ledningen bör säkerställa att årlig inventering av anläggningstillgångar sker i enlighet med gällande rutin.

3.3 Inköp av hjälpmedel (varuinköp)

Under 2021 har en granskning gjorts av inköp av varor och tjänster inom hjälpmedel. Inköp av varor avrapporterades vid delåret, och inför årsrapporten har revisionen genomfört en kompletterande stickprovskontroll. Stickprovet omfattar fyra leverantörer/avtal och totalt 10 stycken fakturor under perioden januari – maj 2021.

Inköp av varor (hjälpmedel) sker i Sesam som styrs enligt avtal. När en faktura inkommer kontrolleras den genom att fakturan automatiskt matchas mot inköpsordern och Sesam. Vid eventuella avvikelser stoppas fakturan för manuell kontroll. I en löpande rapport gjorde verksamheten en notering om att risken för fel bedömdes som lägre jämfört med inköp av hjälpmedelstjänster, med anledning av denna automatiska kontroll. Denna kontroll görs inte mot avtal, eftersom Sesam förutsätts vara korrekt enligt avtal. Det är dock oklart vem som har ansvar för att säkertälla detta.

För tio fakturor finns ett undertecknat och giltigt avtal vid tidpunkten för inköpet. För ett antal fakturor saknas hänvisning till avtalsnummer och/eller avropets kontaktperson. Revisionens stickprov visar att samtliga granskade fakturor överensstämmer med inköpsorder och Sesam. Däremot överensstämmer fakturerat pris med avtal endast för en av tio granskade fakturor. För nio fakturor överensstämmer inte fakturerade priser med avtal/prislista och på flera fakturor finns även artiklar som inte återfinns i prislista/avtal.

Däremot bedöms samtliga varuinköp vara utlevererade. De tio fakturorna har betalats senast på förfallodag, eller första vardagen efter. Samtliga fakturor bedöms också vara korrekt attesterade och konterade.

Hantering av inköp av tjänster sker manuellt i Sesam. Rutinen för avstämning av fakturor ställer krav på att leverantören återrapporterar nedlagd tid och kostnad och att beställande enhet kontrollerar detta. Det framkommer,

både genom intervjuer och genom verifiering av fakturor, att avstämningsrutinen inte fungerar önskvärt och att fakturor attesterats trots att avstämning av pris och mot underlag inte varit möjligt att göra.

Den manuella hanteringen bedöms sårbar och tidskrävande och revisionen bedömer att även när det gäller inköp av tjänster behöver roller och ansvar tydliggöras, såväl internt av beställande verksamhet som leverantörernas ansvar. Beställande verksamhet behöver säkerställa att återrapportering från leverantör görs samt att kundorder kopplas ihop med aktivitet så att leverantörsreskontra i sin tur kan utföra de fakturakontroller som åligger dem.

Bedömning:

Den manuella hanteringen bedöms sårbar och tidskrävande och revisionen menar att roller och ansvar behöver tydliggöras, såväl internt av beställande verksamhet som leverantörernas ansvar för att stärka den interna kontrollen.

Rekommendationer:

- Ledningen bör säkerställa en tydlig ansvarsfördelning vid inköp av hjälpmedel som innefattar kontrollmoment av att fakturering sker i enlighet med avtalade villkor.

3.4 Ledningsnära kostnader och representation

Revisionen har granskat ledningsnära kostnader och representation. Sammantaget har 22 stycken fakturor granskats. Av dessa har 9 stycken verifierats utan anmärkning. De resterande 13 granskade fakturorna hade däremot en eller flera avvikelser, där bl.a. 8 stycken saknade deltagarförteckning, 1 attesterades av en obehörig person och 2 attesterades av personer som själva deltagit i verksamheten. I ett par fall saknades också syftesbeskrivning.

Revisionen har tidigare pekat på att åtgärder behöver vidtas för att stärka den interna kontrollen av ledningsnära kostnader och representation. Rekommendationen som lämnades i samband med revisionen årsrapport 2019 kvarstår. Se bilaga 1.

3.5 Avrapporterade granskningar i delrapport

Delar av årets granskning har tidigare avrapporterats i delrapporterings-PM för nämnden. Nedan sammanfattas väsentliga iakttagelser från denna rapport.

Granskning av ledningsnära kostnader och representation

En granskning rapporterades avseende ledningsnära kostnader och representation för perioden januari – augusti 2021. Sammantaget har 20 stycken leverantörsfakturor/redovisningstransaktioner granskats. Granskningen har även omfattat SLSO:s övergripande anvisning avseende gåvor.

För en av 20 fakturor noteras ett mindre avsteg från SLSO:s anvisningar för gåvor (överstigande av beloppsgräns vid förtäring i samband med uppvaktning). Avvikelser i någon utsträckning förekommer för nio granskade fakturor. Rekommendationen som lämnades i samband med årsrapporten 2019 kvarstår därför.

Granskning av uppdraget att minska administrativa kostnader

I Region Stockholms budget 2021 fick SLSO i uppdrag att, i likhet med flera andra nämnder och bolag, sänka de administrativa kostnaderna med tio procent under 2021 och att i verksamhetsplan 2021 beskriva hur detta ska genomföras. En granskning gjordes av nämndens arbete med uppdraget vad gäller såväl planering för, som uppföljning av, kostnadsminskande åtgärder.

3.6 Granskningar utan väsentliga iakttagelser

Revisionen har förutom basgranskningen även genomfört fördjupade granskningar inom specifika områden utifrån en risk- och väsentlighetsanalys, och dessa redovisas nedan.

3.6.1 Risker för oegentligheter och förtroendeskadligt beteende

I delårsrapporten redovisades en granskning av SLSO:s förebyggande arbete avseende oegentligheter och förtroendeskadligt beteende gentemot såväl leverantörer som olika samarbetspartners. Inom ramen för granskningen tog revisionen bland annat del av SLSO:s ”Återrapport visselblåsning 2020” samt slutrapport avseende internrevision för verksamhetsåren 2020–2021 (se 3.1.5). Granskningen föranledde inga väsentliga iakttagelser. Revisionen fortsätter följa området som en del av basgranskningsarbetet.

3.6.2 Kvalitet i redovisningen

I delårsrapporten redovisades en granskning av kvalitet i redovisningen som utfördes med avseende på attest och behörigheter i ekonomisystemet, attest av leverantörsfakturor, hantering och attest av manuella bokföringsordrar samt utanordning. Granskningen visade inte på några avvikelser. Den årliga granskningen av området har dock lett till iakttagelser, se avsnitt 3.5.

3.6.3 Systematiskt arbetsmiljöarbete för att förebygga hot och våld

Revisionen har översiktligt granskat SLSO:s systematiska arbetsmiljöarbete för att förebygga hot och våld[13] med särskilt fokus på hanteringen under pandemin.

SLSO har en övergripande anvisning för *Våld och hot i arbetsmiljön*[14]. SLSO har därtill flera checklistor inom arbetsmiljö relaterat till hot och våld. Revisionen har även tagit del av riktlinje *Hot och våld mellan patienter*, riktlinje

[13] SLSO beskriver på sitt intranät att ”begreppet hot och våld används genomgående för alla typer av incidenter mellan patienter, inklusive trakasserier, sexuella trakasserier, ofredande, olaga förföljelse och kränkningar.” 2022-02-01
[14] SLSO 2021-1605

för SLSO[15] samt SLSO:s dokument för *Bergenmodellen* som i huvudsak tillämpas inom psykiatrin.

SLSO uppger att det råder nolltolerans mot hot och våld inom organisationen[16]. Företrädare för SLSO uppger att alla verksamheter genomför en årlig skyddsrond där t.ex. risker för hot och våld ingår. Samtliga verksamheter ska därtill enligt SLSO ha lokala rutiner för att möta hot och våld. Revisionen har efterfrågat och fått exempel på sådana lokala rutiner[17].

SLSO uppger att det regelbundet förekommer kompetensutveckling och utbildning inom området hot- och våld samt bemötande även om pandemin tidvis kan ha begränsat möjligheterna till fysisk utbildning i större sammanhang. Webutbildningar inom arbetsmiljö finns att ta del av via Lärtorget[18]. För nyanställda inom psykiatrin ingår introduktionsseminarier om hot och våld. För SLSO:s chefer finns även chefsstöd via HR. SLSO beskriver i verksamhetsberättelsen att utbildning i verktyget Bergenmodellen med teoretiska och praktiska övningar varit högt prioriterad inom de psykiatriska verksamheterna under pandemin.

SLSO:s verksamhet omfattar en stor mängd vårdgrenar och enheter runt om i regionen. Inom vissa vårdgrenar uppfattas en generell minskning av hot och våld, medan det inom andra vårdgrenar kan ha skett en ökning under pandemin. Sammantaget ser SLSO dock en minskning eftersom en stor del av patientmöten/vårdkontakter varit digitala och färre personer vistats på vårdcentraler, i väntrum etc. vilket bidragit till färre interaktioner mellan patienter, anhöriga och vårdpersonal.

Granskningen har inte visat några väsentliga iakttagelser.

3.7 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har ett antal rekommendationer framförts avseende den interna styrningen och kontrollen.

Ett område som särskilt följts upp under året är rekommendationer gällande kris- och beredskapsarbete. Revisionens uppföljning i samband med årsgranskningen visar att nämnden, så långt som det för närvarande är möjligt, har omhändertagit rekommendationerna i reviderade styrdokument. Det återstår dock för nämnden att säkerställa att styrdokument för krisberedskap överensstämmer med de uppdaterade styrdokument som regionfullmäktige respektive hälso- och sjukvårdsnämnden väntas anta under 2022. Revisonen kommer att följa upp detta i samband med årsgranskning 2022.

---

[15] SLSO 18-679
[16] SLSO intranät Stöd och service/Säkerhet och beredskap/Skydd mot hot och våld/Våld och hot- arbetsmiljö 2022-02-21
[17] Våldsprevention, öppenvården-Anvisning för Psykiatri Sydväst; Våldsprevention, heldygnsvården-Anvisning för Psykiatri Sydväst RUT- 18690- v2.0
[18] Utbildningsportal via webben inom Region Stockholm

En närmare beskrivning av hur rekommendationerna har hanterats återfinns i bilaga 1 och 2.

4 Räkenskaper

I detta avsnitt görs en bedömning av om styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning. Bedömningsmålen och bedömningskriterierna framgår av bilaga 3.

4.1 Årsbokslut inklusive verksamhetsberättelse (förvaltningsberättelse)

Årsbokslutet är i allt väsentligt upprättat enligt lagen om kommunal bokföring och redovisning, god redovisningssed, regionens anvisningar och bedöms ge en rättvisande bild av årets resultat och ställning med undantag för förutbetalda projektmedel.

Verksamhetsberättelsens ekonomiska delar överensstämmer med den inrapportering som är gjord i Cognos Controller[19] och redogör för det ekonomiska utfallet samt de förändringar som skett jämfört med budget samt föregående år.

Projektredovisning – externa bidrag

I bokslutet redovisar SLSO 358 mnkr i bidrag (förutbetalda projektmedel) som skuld. De skuldredovisade bidragen avser till stor del internt fördelade statliga bidrag som vidareförmedlats från hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Revisionen har inom den utsatta tidsramen för granskningen inte erhållit underlag som visar hur stor del av det totala beloppet som avser internt fördelade medel.

Till grund för SLSO:s skuldredovisning finns bl.a. särskilda interna avtal/beslut från hälso- och sjukvårdsförvaltningen som reglerar hur bidragen får användas. Dessa avtal/beslut är inte nödvändigtvis förenliga med de faktiska villkor som bidragsgivaren ställt. Av dessa avtal/beslut framgår inte heller alltid vilket faktiskt statsbidrag som avses, hur stor del regionen erhållit och hur bidraget fördelats internt. SLSO har inte kunnat påvisa att det föreligger faktiska externa förpliktelser som motiverar skuldredovisning av dessa bidrag enligt god redovisningssed, RKR R2[20].

Revisionen konstaterar att hanteringen av statsbidrag och statliga stimulansmedel inte samordnas på ett tydligt sätt inom regionen. För SLSO:s del innebär det, enligt revisionens bedömning, att man via vidareförmedlade statliga stimulansmedel erhållit intern projektfinansiering från hälso- och sjukvårdsförvaltningen för fleråriga projekt, där statsbidraget som vidareförmedlats

[19] System för koncernrapportering
[20] RKR R2, Rådet för kommunal redovisning, rekommendation intäkter

inte uppfyller kriterierna enligt god redovisningssed för att balanseras till kommande år. Hanteringen innebär en målkonflikt mellan följsamhet till god redovisningssed och reglerna för internfinansiering av fleråriga projekt.

Anskaffning och aktivering av tillgångar

En avvikelse mot god redovisningssed gäller Maskiner och inventarier, där anläggningstillgångarna (exklusive hjälpmedel) i bokslutet uppgår till 175,8 mnkr. I likhet med tidigare år saknas en fullständig inventering av tillgångarna på balansdagen. Det finns därmed en osäkerhet i postens värdering. Posten bedöms dock inte ha någon väsentlig påverkan på räkenskaperna.

Bedömning:

Årsbokslutet bedöms vara upprättat i enlighet med lag om kommunal redovisning och bokföring samt god redovisningssed med undantag för skuldredovisade bidrag (förutbetalda projektmedel) som i vissa delar saknar extern förpliktelse, och således inte uppfyller kriterierna för att skuldredovisas.

Räkenskaperna bedöms vara rättvisande med undantag för delar av posten förutbetalda projektmedel. Det saknas en fullständig dokumentation till posten för att fullt ut kunna bedöma hur stort felet är. Enligt uppgift från SLSO kommer delar av de skuldredovisadde bidragen att återbetalas under början av 2022.

Rekommendationer:

- Ledningen behöver säkerställa att alla bidragsintäkter hanteras i enlighet med RKR:s rekommendation R2.

4.2 Granskning utan väsentliga iakttagelser

Väsentliga processer och fokusområden i resultaträkningen 2021

De övergripande processerna för intäkter, inköp och löner är i huvudsak oförändrade mot föregående år. Genomförda stickprovskontroller av uthyrning och försäljning av hjälpmedel, samt lokal- och fastighetskostnader visar inte på några väsentliga avvikelser.

4.3 Uppföljning av tidigare lämnade rekommendationer

I tidigare revisionsrapporter har framförts ett antal rekommendationer avseende räkenskaper. Av totalt fem rekommendationer som gäller räkenskaper har två delvis åtgärdats. Två rekommendationer kvarstår, båda gällande lönehantering. En rekommendation är åtgärdad, gällande kontroll av leverantörsdata, där revisionen efterfrågat rutin för kontroll och dokumentation av denna. I bilaga 1 och 2 framgår hur rekommendationerna har hanterats.

5 Nämndens yttrande över delrapport 2021

Regionrevisorerna lämnade ingen delrapport till nämnden för SLSO. Ett delrapporteringsPM har stämts av och lämnats till förvaltningsledningen den 14 oktober 2021.

Vad gör regionrevisorerna?

Regionrevisorerna granskar den verksamhet som bedrivs av regionens nämnder och bolagsstyrelser. Revisionsuppdraget är det största inom kommunal verksamhet.

Att vara revisor är ett förtroendeuppdrag vars syfte är att med oberoende, saklighet och integritet främja, granska och bedöma verksamheten. Den övergripande uppgiften för revisorerna är att granska hur nämnder och styrelser tar sitt ansvar. De förtroendevalda revisorerna är fullmäktiges och ytterst medborgarnas instrument för den demokratiska kontrollen. De har därmed en viktig funktion i den lokala självstyrelsen.

Ledamöter i nämnder och styrelser ansvarar inför fullmäktige för hur de själva, anställda och uppdragstagare genomför verksamheten. I ansvaret ingår att genomföra en ändamålsenlig verksamhet utifrån fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer samt de föreskrifter som gäller för verksamheten, på ett ekonomiskt tillfredsställande sätt och med en tillräcklig intern kontroll samt att upprätta rättvisande räkenskaper.

I årsrapporter för nämnder och styrelser sammanfattar revisionskontoret den granskning som genomförts under det gångna året. Verksamhetsrevisionen redovisas löpande i projektrapporter. Publikationerna finns på www.sll.se. Det går även att prenumerera på regionrevisorernas nyhetsbrev genom att anmäla intresse via e-postmeddelande till regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se.

Postadress: Box 22230, 104 22 Stockholm
Besöksadress: Hantverkargatan 25 b (T-bana Rådhuset)
Telefon: 08-737 25 00
E-post: regionrevisorerna.rev@regionstockholm.se
Hemsida: www.regionstockholm.se
Org.nr: 232100-0016

Region Stockholm

Bilaga 1

Regionrevisorerna

Rekommendationer till nämnd/styrelse – ÅR 2021

Stockholms läns sjukvårdsområde

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36997 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Nämnden bör komplettera protokollmallen med rubriker som geroen sammanfattning eller beskrivning av ärendet, oredovisning av beslutsunderlag i ärendet, oredovisning av mottagare av beslutet.	🟢	**ÅR 2021** Revisionen har tagit emot dokumentation som visar SLSO:s principer för protokollarbetet när det gäller beskrivningar av ärenden, redovisning av beslutsunderlag och mottagande i enlighet med kommunallagen. Rekommendationen bedöms därför vara uppfylld. / Annika Eriksson 211229
37000 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att personalföreträdare endast närvarar i enlighet med kommunallagen.	🟢	**ÅR 2021** Revisionen har mottagit dokumentation från SLSO som redovisar enligt vilka principer personalföreträdare tillåts delta vid sammanträden. Dessa följer kommunallagen och praxis vid tillämpning. Rekommendationen bedöms därför vara uppfylld. Annika Eriksson, 220322
57876 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Nämnden bör uppdatera den lokala kris- och katastrofmedicinska planen med erfarenheter från både tidigare kriser och pandemin i samverkan med hälso- och sjukvårdsnämnden och regionstyrelsen för att säkerställa enhetlighet i väsentliga begrepp och definitioner.	🟡	**ÅR 2021** Ett arbete har påbörjats men kan slutföras först när regionen tagit sin krisberedskapsplan. Beslut om denna planeras till maj 2022.
57877 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Nämnden bör säkerställa att de beslutsrätter vid en kris som delegerats på förhand och redovisas i olika planer även framgår i delegationsordningen, för att öka tydligheten i	🟢	**ÅR 2021** Nämnden har uppfyllt rekommendationen, erforderliga

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
	ansvar och befogenheter.		underlag har erhållits.

Personal

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29944 **Från rapport** 2018/2 Projektrapport **Tidigare ID** 1287	Nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde behöver stärka kompetensförsörjningen i de habiliteringscentra i länet där det råder kompetens- och kapacitetsbrist i syfte att tillhandahålla jämlika, tillgängliga och kvalitativa insatser.		**ÅR 2021** Efterfrågade dokument har inkommit och rekommendationen klarmarkeras i samband med granskning av årsrapport 2021.
36774 **Från rapport** 2019/10 Projektrapport	Nämnden för SLSO bör säkerställa att erfarenheterna av de genomförda uppgiftsväxlingarna tas till vara med regelbundna mätningar av utfall, så att effektiva åtgärder kan vidtas.		**ÅR 2021** I arbetet som genomförs gällande tillvaratagande av erfarenheter från pandemin ingår kunskap om uppgiftsväxling som lösning. Revisionen bedömer att rekommendationen därmed är uppfylld.

Region Stockholm

Bilaga 2

Regionrevisorerna

Rekommendationer till ledning – ÅR 2021

Stockholms läns sjukvårdsområde

Hållbarhet

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57487 **Från rapport** 2020 Årsrapport	SLSO:s ledning bör följa upp följsamheten till handlingsplaner och rutiner vad gäller miljö och återkoppla erfarenheter av dessa	–	**ÅR 2021** Felaktigt införd som rekommendation i delår 2021. Utgår i och med årsrapportering 2021.
57878 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Ledningen bör följa upp följsamheten till handlingsplaner och rutiner vad gäller miljö och återkoppla erfarenheter av dessa.		**ÅR 2021** Enligt uppgift har insatser genomförts i from av utbildningar och kurser. Underlag för dessa har dock inte erhållits.

Inköp och upphandling

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29928 **Från rapport** 2015 Delrapport **Tidigare ID** 639	Ledningen bör se till att kontrollen av logglistor av leverantörers fasta data av genomförda förändringar är relevanta och att kontrollen dokumenteras.		**ÅR 2021** Rutin för att kontrollera leverantörsdata genom loggfiler i Raindance har tagits fram. Alla loggfiler sparas i en mapp som inte redovisningsservice har behörighet till. I samma mapp sparas underlag för stickprovskontrollerna. Stickprovskontroller har gjorts för alla månader under 2021. Med stickprov avses att minst fem stycken logg-ID kontrolleras för att säkerställa att leverantörens fasta data i leverantörsregistret överensstämmer med motsvarande uppgifter i verktyget för kontroll av leverantörsdata. Åtgärder har vidtagits och en rutin för kontroll har tagits fram. Enligt uppgift har stickprovskontroller genomförts för

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
			alla månader under året. Vi inväntar underlag för att styrka att kontroller gjorts och dokumenterats.

Intern kontroll

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29929 **Från rapport** 2015 Delrapport **Tidigare ID** 643	Ledningen bör säkerställa att samtliga utanordningslistor för utbetalning av lön kontrolleras och attesteras av respektive chef.		**ÅR 2021** Föregående år beskrevs att ett arbete pågick med att ta fram en dokumenterad process för löneutbetalning, men att riktlinjerna ännu inte var färdigställda eller implementerade. Under 2021 uppges arbetet med internkontrollen ha blivit eftersatt, dels till följd av fullföljandet av den konkreta verksamhetsövergången för löneenheten, dels pga pandemin och all den ökade arbetsbelastning som enheten fått till följd av det. Mot den bakgrunden har arbetet med att följa upp den bristande följsamheten avseende utanordningslistor inte varit en prioriterad arbetsuppgift under året utan tonvikten har legat på de delar som blivit mest eftersatta. Enligt enhetschefen planerar de att återinföra internkontrollarbetet under 2022, med start av granskning från januari. Kontroll av utanordningslistor har inte gjorts under 2021. Arbetet med internkontroll ska, enligt uppgift, återinföras under 2022. Rekommendationen bedöms därmed inte åtgärdad.
29930 **Från rapport** 2015 Delrapport **Tidigare ID** 644	Ledningen bör se över rutinen för inventering med fokus på att återrapportering från enheterna förbättras för att kunna ge förutsättningar för en effektiv intern kontroll.	–	**ÅR 2021** Rekommendationen ersätts med ny rekommendation gällande inventering, nr 76395.
57873	Ledningen bör säkerställa att fakturering sker i enlighet		**ÅR 2021**

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
Från rapport 2020 Årsrapport	med överenskomna villkor och avtalade priser och att kontroller görs av kostnaderna i samband med godkännande och attest.		Uppföljande granskning i samband med årsrapport 2021 visade att problemen från delårsrapporteringen kvarstår.
57875 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att redovisningen av samtliga balanserade projektmedel följer god redovisningssed och regionens riktlinjer, samt återbetalas enligt avtal eller intäktförs när extern förpliktelse inte längre föreligger.		**ÅR 2021** Vid granskning i samband med årsrapport 2021 framkom brister i hanteringen. Rekommendationen kvarstår.

Oegentligheter

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
36993 **Från rapport** 2019 Årsrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att erforderliga underlag biläggs redovisningstransaktioner av ledningsnära karaktär, samt att attest sker av oberoende part.		**ÅR 2021** SLSO anordnar bl.a. Raindance-utbildningar. Pga av pandemin har dessa skett digitalt, vilket medför att de inte når ut till alla på samma sätt som vid en ”klassrumsutbildning” och diskussioner och erfarenhetsutbyte uppstår inte på samma sätt. Egenkontroller görs för att få fram alla underlag till den här typen av transaktioner, men det är en stor organisation och svårt att kontrollera allt. Omorganisationen och flytten till serviceförvaltningen uppges vara en faktor som påverkat att egenkontroller inte hunnits med i önskad omfattning under 2021. Vissa åtgärder har vidtagits, såsom utbildningsinsatser och egenkontroller, i syfte att säkerställa att transaktioner av den här karaktären hanteras korrekt. Vår verifiering under 2021 visar dock att det fortsatt finns brister kopplat till både avsaknad av underlag och attest. Av totalt 42 granskade transaktioner har 23 stycken bedömts med anmärkning. För dessa 23 transaktioner noteras en eller flera avvikelser. Rekommendationen kvarstår.

Räkenskaper

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
29942 **Från rapport** 2017 Delrapport **Tidigare ID** 1062	Ledningen bör säkerställa att stickprovskontroll av ändringar i fasta data i lönesystemet utförs månadsvis i enlighet med gällande rutin.		**ÅR 2021** Sedan 2021 tillhör SLSO:s löneenhet (Verksamhetsstöd Lön SLSO) regionens serviceförvaltning. Internkontrollen är fortsatt en uppgift som åligger enheten. Under 2021 uppges arbetet med internkontrollen ha blivit eftersatt, dels till följd av fullföljandet av den konkreta verksamhetsövergången för löneenheten, dels pga pandemin och all den ökade arbetsbelastning som enheten fått till följd av det. Enligt enhetschefen planerar de att återinföra internkontrollarbetet under 2022, med start av granskning från januari. Kontroll i enlighet med gällande rutin görs inte. Arbetet med internkontroll ska, enligt uppgift, återinföras under 2022. Rekommendationen bedöms därmed inte åtgärdad.
57874 **Från rapport** 2020 Årsrapport	Ledningen bör årligen genomföra en fullständig inventering av nämndens anläggningstillgångar i syfte att säkerställa behovet av eventuella nedskrivningar.	–	**ÅR 2021** Rekommendationen ersätts med ny rekommendation gällande inventering, nr 76395.
76395 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa att årlig inventering av anläggningstillgångar sker i enlighet med gällande rutin.	–	
76396 **Från rapport** 2021 Årsrapport	Ledningen bör säkerställa en tydlig ansvarsfördelning vid inköp av hjälpmedel som innefattar kontrollmoment av att fakturering sker i enlighet med avtalade villkor.	–	
76397 **Från rapport**	Ledningen behöver säkerställa att alla bidragsintäkter	–	

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
2021 Årsrapport	hanteras i enlighet med RKR:s rekommendation R2.		

Verksamhetsstyrning

Ursprung	Rekommendation	Åtgärdad	Revisionens kommentar
57169 **Från rapport** 2020/11 projektrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att husläkarmottagningarna utarbetar lokala rutiner för hur och när en fast vårdkontakt bör utses, preciserar vilka uppgifter som ingår i uppdraget och vilken personal som kan ta på sig uppdraget.		**ÅR 2021** Arbete pågår med att säkerställa att husläkarmottagningarna utarbetar lokala rutiner. Rekommendationen bedöms därför som delvis åtgärdad.
57170 **Från rapport** 2020/11 projektrapport	Ledningen för SLSO bör säkerställa att husläkarmottagningarna kallar till SIP när någon av de berörda parterna bedömer att det behövs.		**ÅR 2021** Organisationen med geografiskt samordningsansvar har i uppdrag att gemensamt med andra vårdaktörer i den lokala geografin arbeta fram bättre rutiner för genomförande av SIP. Införandet av Lifecare är en del i detta. SLSO har ett uppdrag att följa hur arbetet fortlöper i det geografiska samordningsansvaret. Då införandet av Lifecare är försenat bedömer revisionen att rekommendationen är delvis åtgärdad.
57171 **Från rapport** 2020/11 projektrapport	Ledningen för SLSO behöver utveckla formerna för avvikelsehantering i samverkansprocessen för att säkerställa att de strukturella problem som finns fångas upp och kan åtgärdas.		**ÅR 2021** SLSO arbetar med att alla avvikelser registreras i avvikelsehanteringssystemet Händelsvis och att detta ska gälla även avvikelser som rör samverkansprocessen. Organisationen med geografisk samordning ses som ett viktigt forum för att samverka, analysera och åtgärda strukturella problem mellan vårdaktörer i den lokala geografin. Rekommendationen bedöms vara delvis åtgärdad.

Regionrevisorerna

BEDÖMNINGSMÅL OCH BEDÖMNINGS-KRITERIER 2021

Ekonomiskt och verksamhetsmässigt resultat

Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål samt följt de beslut, riktlinjer och föreskrifter som gäller för verksamheten. Verksamhetens resultat och resurser står i ett rimligt förhållande till varandra.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges finansiella mål (resultatkrav) och följt fullmäktiges ekonomiska riktlinjer.

2. Nämnden/styrelsen har uppnått fullmäktiges mål för verksamheten och genomfört tilldelade uppdrag.

3. Nämnden/styrelsen har i övrigt bedrivit verksamheten med god ekonomisk hushållning utifrån fullmäktiges beslut.

4. Nämndens/styrelsens verksamhet har bedrivits i enlighet med för verksamheten gällande lagar, föreskrifter, riktlinjer m.m.

Bedömningskriterier:

Tillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillfredsställande
Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga avvikelser eller allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Bristerna eller avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Intern styrning och kontroll

Nämnden/styrelsen ansvarar för att det finns en intern styrning och kontroll som med rimlig grad av säkerhet leder till måluppfyllelse, effektiv verksamhet och

regelefterlevnad. Nämnden/styrelsen har säkerställt systematiskt ordnade kontroller i organisation, system, processer och rutiner.

Bedömningsmål:

1. Nämnden/styrelsen har fastställt en organisation med tydlig fördelning av ansvar och befogenheter.

2. Nämnden/styrelsen har i budget/verksamhetsplan fastställt ekonomiska och verksamhetsmässiga mål i linje med fullmäktiges mål och övriga uppdrag. Målen är mätbara/uppföljningsbara.

3. Nämnden/styrelsen har riktlinjer och rutiner för väsentliga områden för att säkerställa att verksamhetens uppdrag och mål uppnås samt att lagar, föreskrifter m.m. följs.

4. Nämnden/styrelsen har genomfört en riskanalys som identifierar, värderar och prioriterar väsentliga risker. Nämnden/ styrelsen har i en plan för intern kontroll, i enlighet med regionens fastställda regelverk, fastställt vilka åtgärder/ kontroller som ska hantera prioriterade risker.

5. Nämnden/styrelsen följer kontinuerligt och systematiskt upp ekonomi och verksamhet, såväl för verksamhet i egen regi som för sådan som uppdragits åt annan att utföra, analyserar väsentliga avvikelser samt vidtar åtgärder vid behov.

6. Nämnden/styrelsen har ett informations- och kommunikationssystem som stödjer styrning, kontroll och uppföljning av verksamheten.

7. Nämndens/styrelsens rapportering ger en rättvisande och tillförlitlig information om ekonomi och verksamhet.

8. Nämnden/styrelsen har säkerställt en tillräcklig beredning av ärenden.

9. Nämnd/styrelse har fattat beslut med stöd i reglemente, delegation eller i uppdrag från fullmäktige.

Bedömningskriterier

Tillräcklig
Bedömningsmålen bedöms i allt väsentligt vara uppfyllda. Avvikelser kan förekomma.

Inte helt tillräcklig
Bedömningsmålen bedöms delvis vara uppfyllda. Det finns större och/eller flera avvikelser.

Otillräcklig
Bedömningsmålen bedöms inte vara uppfyllda. Det finns väsentliga avvikelser eller allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.
Kommentar: Bristerna är uppenbara och försvårar styrning, ledning, uppföljning och kontroll. Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Räkenskaper

Nämndens/styrelsens redovisning är upprättad i enlighet med lagstiftning och god redovisningssed så att räkenskaperna ger en rättvisande bild av resultat och ställning och kan ligga till grund för styrning, ledning, uppföljning och kontroll av den verksamhet som bedrivs.

Bedömningsmål:

1. Nämndens/styrelsens räkenskaper är upprättade i enlighet med den kommunala redovisningslagen, god redovisningssed samt landstingets regler och anvisningar.

2. Nämndens/styrelsens delårsrapport och årsbokslut/årsredovisning ger en rättvisande bild av resultat och ställning.

Bedömningskriterier:

Rättvisande
Räkenskaperna uppfyller i allt väsentligt bedömningsmålen. Avvikelser kan förekomma. Eventuella värderings-, klassificerings- och/eller upplysningsfel är inte av sådan karaktär att de väsentligen påverkar bilden av nämndens/styrelsens resultat och ställning.

Inte rättvisande
Räkenskaperna innehåller väsentliga avvikelser eller allvarliga brister i förhållande till bedömningsmålen och ger inte en rättvisande bild av resultat och ställning.
Kommentar: Avvikelserna är så stora att frågan om anmärkning eller avstyrkt ansvarsfrihet bör prövas.

Regionrevisorerna
Revisorsgrupp II

2022-03-31

Diarienummer
RK 2021-0027

Regionfullmäktige i Region Stockholm

Revisionsberättelse för Stockholms läns sjukvårdsområde år 2019

Vi, av fullmäktige utsedda revisorer, har granskat Stockholms läns sjukvårdsområdes (SLSO) verksamhet och ekonomiska redovisning för år 2021.

Nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs enligt gällande mål, beslut och riktlinjer samt de lagar och föreskrifter som gäller för verksamheten. Den ansvarar också för att det finns en tillräcklig intern kontroll och att återredovisning sker till fullmäktige.

Revisorerna ansvarar för att granska verksamhet, intern kontroll och räkenskaper samt att pröva om verksamheten bedrivits enligt fullmäktiges uppdrag och mål samt de lagar och förskrifter som gäller för verksamheten.

Granskningen har utförts enligt kommunallagen, god revisionssed i kommunal verksamhet och revisionsreglementet. Granskningen har genomförts med den inriktning och omfattning som behövs för att ge rimlig grund för bedömning och ansvarsprövning och har gett det resultat som redovisas i revisionskontorets årsrapport 2021 för SLSO. Vi bifogar en redogörelse för resultatet av granskningen.

Vi bedömer sammantaget att nämnden för Stockholms läns sjukvårdsområde i allt väsentligt har bedrivit verksamheten på ett ändamålsenligt och från ekonomisk synpunkt tillfredsställande sätt. Vissa verksamhetsmål har dock inte kunnat mätas fullt ut p.g.a. pandemin. Vi bedömer att nämndens interna styrning och kontroll har varit tillräcklig. Vi bedömer att räkenskaperna i allt väsentligt är rättvisande.

Vi tillstyrker att fullmäktige beviljar ansvarsfrihet för nämnden samt dess enskilda ledamöter.

Stockholm 2022-03-31, *digital signering*

Hans-Erik Salomonsson
Hans Peters
Lena Cronvall Morén

Lena Ståhl Ingemarsdotter
Jan-Erik Nyberg
Leni Björklund

Tobias Karlsson

Region Stockholm
Regionrevisorerna
Box 22230
104 22 Stockholm

Telefon: 08-737 25 00
E-post: landstingsrevisorerna.rev@sll.se

Säte: Stockholm
Org.nr: 232100-0016
www.sll.se

Besök oss: Hantverkargatan 25B, T-bana Rådhuset, se www.sl.se

Visma Addo ID-nummer : 4a15ca86-92fd-4e0d-8474-f21020fb84ff

Dokumentet är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering.
Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Undertecknarens identitet är registrerad och listad här nedan.

Med min signatur bekräftar jag innehållet i ovanstående dokument.

Serienummer: dwip4zCfRKXzLuXubRO3LQ

HANS ERIK SALOMONSSON

2022-03-31 14:38

Serienummer: XTdqn5CRcKuPen4+GkP8SQ

Lena Samuelsson

2022-03-31 15:25

Serienummer: p4vEpPGSjUOhY+T/GiNdeA

Johan Tobias Karlsson

2022-03-31 16:30

Serienummer: JPoGj2LRbe76ZahaqxILuw

HANS PETERS

2022-04-01 09:41

Serienummer: CGi8R4l9BWOGxvqmZ59QLg

LENI CHRISTINA ELISABETH BJÖRKLUND

2022-04-01 10:00

Serienummer: Rp7gRofOLkNhMSRWAPtBiA

HELENA CRONVALL MORÉN

2022-04-01 11:17

Visma Addo ID-nummer : 4a15ca86-92fd-4e0d-8474-f21020fb84ff

Detta dokument är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering. Certifikat i detta dokument är säkra och validerade med hjälp av de matematiska hashfunktionerna i originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och har en tidsstämpel med ett certifikat från en pålitlig tredje part. Alla kryptografiska signeringscertifikat är inbäddade i PDF-filen och kan användas för godkännande i framtiden.

Hur man verifierar att dokumentet är i original
Detta dokument är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När du öppnar dokumentet i Adobe Reader ser du att det är certifierat i Visma Addos signeringstjänst. Detta garanterar att innehållet i dokumentet är oförändrat.

Du kan verifiera de kryptografiska signeringscertifikaten i dokumentet med Visma Addos validator på denna webbsida https://vismaaddo.net/WebAdmin/#/NemIdValidation

Dokumentet är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering.
Signaturerna i detta dokument är juridiskt bindande. Undertecknarens identitet är registrerad och listad här nedan.

Med min signatur bekräftar jag innehållet i ovanstående dokument.

Serienummer: 6AVV6eQlv8t2aDvA7k/d5A

Fride Jan-Eric Nyberg

2022-04-01 14:10

Visma Addo ID-nummer : 4a15ca86-92fd-4e0d-8474-f21020fb84ff

Detta dokument är signerat med Visma Addos tjänst för digital signering. Certifikat i detta dokument är säkra och validerade med hjälp av de matematiska hashfunktionerna i originaldokumentet.

Dokumentet är låst för ändringar och har en tidsstämpel med ett certifikat från en pålitlig tredje part. Alla kryptografiska signeringscertifikat är inbäddade i PDF-filen och kan användas för godkännande i framtiden.

Hur man verifierar att dokumentet är i original
Detta dokument är skyddat med ett Adobe CDS-certifikat. När du öppnar dokumentet i Adobe Reader ser du att det är certifierat i Visma Addos signeringstjänst. Detta garanterar att innehållet i dokumentet är oförändrat.

Du kan verifiera de kryptografiska signeringscertifikaten i dokumentet med Visma Addos validator på denna webbsida https://vismaaddo.net/WebAdmin/#/NemIdValidation